



AUTORITZACIÓ DE SORTIDA ESCOLAR, ASSISTÈNCIA MÈDICA I ACCEPTACIÓ DE LES CONDICIONS

En/Na _____ amb DNI nº: _____

Autoritza al seu fill/a _____ del nivell i grup: _____

a assistir a la sortida a _____ del present curs acadèmic, organitzada pel Col·legi Joan Bardina, i fa extensiva aquesta autorització a les decisions mèdiques i/o quirúrgiques que calgui adoptar, en cas d'extrema gravetat, sota la direcció facultativa pertinent i a que en cas de necessitat, el seu fill/a sigui traslladat en el vehicle privat destinat a l'ús d'emergències, amb les mesures de seguretat pertinents.

També dona la seva acceptació a les condicions de la sortida i a les normes de funcionament i disciplina i es compromet a que en cas de que el comportament del seu fill/a sigui inadequat, o posi en perill la seva integritat física i/o la de la resta del grup, així com si causa desperfectes materials, es farà càrrec de cobrir aquestes despeses i les generades pel retorn del seu fill/a abans de la fi de l'estada, o la recollida d'aquest/a al lloc on es realitza la sortida.

Telèfon de contacte amb els pares o tutors legals: _____

Altres telèfons: _____

Observacions importants de caràcter mèdic que cal que els facultatius coneguin: (al·lèrgies medicamentoses conegudes - malalties cròniques i/o actuals, estiguin o no en tractament - medicacions cròniques i/o actuals -...)

Signat:

pare, mare o tutor legal

Sant Boi de Llobregat, a ____ de _____ de _____

El Col·legi Joan Bardina garanteix la confidencialitat en el tractament de les dades de caràcter personal que es recullen en aquest full.